

УДК: 616.37-002-036.11-07

Е.Д. Хворостов, Ю.Б. Захарченко, М.С. Томин

Кафедра хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина, г. Харьков, Украина

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме

Проанализированы результаты лечения 54 пациентов с острым билиарным панкреатитом. По клинико-морфологическим формам заболевание распределялось следующим образом: отечная форма - 31 (57,4%) пациент, панкреонекроз – 23 (42,6%) пациента. При использовании в диагностической программе ультразвукового исследования и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии для визуализации причины панкреатита и характера патологических изменений желчного пузыря определена малоинвазивная тактика лечения, позволившая элиминировать воздействие патогенетических факторов (желчных конкрементов и билиопанкреатической гипертензии) на процессы прогрессирования деструктивных изменений в ткани поджелудочной железы.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, лапароскопическая холецистэктомия.

Є.Д. Хворостов, Ю.Б. Захарченко, М.С. Томін

Кафедра хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ЕНДОХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме

Проаналізовано результати лікування 54 пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом. За клініко-морфологічними формами захворювання розподілялося наступним чином: набрякова форма - 31 (57,4%) пацієнт, панкреонекроз - 23 (42,6%) пацієнта. При використанні в діагностичній програмі ультразвукового дослідження та ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії для візуалізації причини панкреатиту і характеру патологічних змін жовчного міхура визначена малоінвазивна тактика лікування, що дозволила елімінувати вплив патогенетичних факторів (жовчних конкрементів / біліопанкреатичної гіпертензії) на процеси прогресування деструктивних змін у тканині підшлункової залози.

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, ендоскопічна папиллосфинктеротомия, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, лапароскопічна холецистектомія.

E.D. Chvorostov, Y.B. Zakharchenko, M.S. Tomin

Department of Surgical Diseases of Kharkiv National University named V.N. Karazin, Kharkov, Ukraine

ENDOSURGICAL METHODS FOR TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Summary

Results of treatment of 54 patients with acute biliary pancreatitis. On clinical and morphological forms of the disease was distributed as follows: edematous form - 31 (57.4%) patients, pancreanecrosis - 23 (42.6%) patients. When used in diagnostic ultrasound program and endoscopic retrograde cholangiopancreatography to visualize the causes and nature of pancreatic lesions of the gallbladder is defined minimally invasive treatment strategy, which allowed to eliminate the impact of pathogenic factors (gallstones and bilopancreatic hypertension) on the process of progression of destructive changes in pancreatic tissue.

Key words: acute pancreatitis, biliary endoscopic papillosphincterotomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, laparoscopic cholecystectomy.

Вступление

Постановка проблемы в общем виде.

Острый билиарный панкреатит в настоящее время относится к часто встречающейся хирургической патологии. Данная патология характеризуется полиморфностью клинической симптоматики, что затрудняет проведение своевременной диагностики и определения диагностической программы. Быстрое и необратимое развитие патогенетических процессов в поджелудочной железе приводит к развитию панкреонекроза и сопровождается высоким уровнем летальности, достигающем 40-60%. На современном этапе пути решения проблемы острого панкреатита находится в разряде обеспечения своевременной диагностики и неотложного начала патогенетической терапии, направленной на прерывания программы развития деструктивных изменений в ткани поджелудочной железы.

Связь проблемы с важными научными или практическими заданиями.

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н.Каразина «Разработка малоинвазивных оперативных

вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчно-каменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» номер регистрации 0100U005308.

Анализ последних исследований и публикаций.

Анализ отечественных и зарубежных литературных источников показал, что в настоящее время не решены вопросы лечебно-диагностической программы острого билиарного панкреатита [2-4]. По современным представлениям патогенез острого панкреатита интерпретируется как прогрессивно развивающийся воспалительно-дегенеративный процесс в ткани поджелудочной железы, клинически реализующийся в виде синдрома системной воспалительной реакции. При этом тяжесть состояния пациента определяется риском развития синдрома множественной органной дисфункции в зависимости от площади поражения поджелудочной железы и исходного состояния иммунной системы.

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы.

Некоторые диагностические методы, позволяющие точно оценить объем патологических изменений в поджелудочной железе и билиарной протоковой системе (компьютерная томография), требуют транспортировки пациентов в диагностические центры, что часто ограничивается тяжестью их состояния. Наряду с этим, рутинное ультразвуковое исследование позволяет оценить наличие или отсутствие билиарной гипертензии, желчных конкрементов и жидкостных скоплений, определяя показания к выполнению эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, папиллосфинктеротомии (ЭРХПГ), назобилиарному дренированию, лапароскопической холецистэктомии, наружному дренированию брюшной полости и сальниковой сумки.

Цель исследования – определение эффективности малоинвазивных методов диагностики и лечения острого билиарного панкреатита в качестве комплексного подхода, направленного на снижение числа открытых оперативных вмешательств и улучшения послеоперационных результатов лечения.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 54 пациентов с острым билиарным панкреатитом. Все пациенты были госпитализированы в хирургическое отделение Дорожной клинической больницы г. Харьков в период с 2008 по 2011 гг. Мужчин было 19 (35,2%), женщин – 35 (64,8%). Средний возраст больных составлял $43 \pm 2,1$ года. Отечная форма панкреатита имела место у 31 (57,4%) пациента, панкреонекроз у 23 (42,6%). Количество экссудата в брюшной полости составляло в среднем 1150 ± 340 мл. Патологические изменения желчевыделительной системы распределились следующим образом: хронический холецистит у 22 (40,7%) пациентов, острый холецистит у 15 (27,8%), ранее перенесли холецистэктомию 17 (31,5%), холедохолитиаз имел место в 45 случаях (83,3%), в 9 (16,7%) случаях имел место микрохоледохолитиаз, который выявлялся при ЭРХПГ.

Диагностическая программа включала в себя выполнение клинико-лабораторных исследований, ультразвукового исследования, эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта и ЭРХПГ.

Стратегия лечения предусматривала трансформацию диагностических видеодуоденоскопических и видеолапароскопических вмешательств в лечебные. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена в 54 случаях, холедохолитотракция выполнена у 48 (88,8%) пациентов – из гепатохоледоха и ампулы фатерова соска удалено от 1 до 9 конкрементов, их размеры находились в пределах от 3 до 12 мм. В 6 (11,1%) случаях размеры конкрементов не позволили провести их через устье общего желчного протока, в этих случаях ограничились проведением продолженной санации желчного дерева через назобилиарный дренаж. Транспапиллярные дуоденоскопические вмешательства завершались назобилиарным дренированием, сроки которого составили в среднем $3 \pm 1,5$ суток.

Показаниями к лапароскопическому вмешательству явились выявление при ультразвуковом исследовании свободной жидкости в брюшной полости,

выявленной в 54 (100%) случаях, и наличие признаков воспалительных изменений в стенке желчного пузыря. Выполняли лапароскопическую холецистэктомию, аспирацию свободной жидкости, санацию и дренирование через Винслово отверстие, малый сальник, желудочно-ободочную связку, что зависело от имеющихся патологических изменений, кроме того дренажи вводили в правый латеральный канал и малый таз.

Результаты и обсуждение

Используемая диагностическо-лечебная программа позволила достигнуть купирования клинико-лабораторных признаков острого билиарного панкреатита в течение 4-5 суток с момента вмешательства. Удаление назобилиарных дренажей проводилось по мере прекращения поступления по ним отделяемого, в среднем на $3 \pm 1,5$ сутки. Осложнения распределились следующим образом: у 5 (9,3%) пациентов имели место гематомы подкожной клетчатки в месте введения дренажей, в 2 (3,7%) случаях – кровотечение из папиллотомной раны большого дуоденального соска. Данные осложнения не потребовали дополнительных хирургических лечебных мероприятий и были разрешены консервативным путем. Пациенты, которым не удалось выполнить эндоскопическую холедохолитотракцию в последующем подверглись открытым хирургическим вмешательствам. Было 2 (3,7%) летальных исхода – у 1 (1,8%) пациента массивная тромбоэмболия легочной артерии и у 1 (1,8%) панкреатический шок, осложнившийся гепато-ренальной недостаточностью.

Сравнение результатов лечения соответствует показателям многопрофильных хирургических центров, широко использующих в своем арсенале ультразвуковой скрининг всех пациентов с острым панкреатитом, ЭРХПГ, папиллосфинктеротомию, назобилиарное дренирование и лапароскопическую санацию брюшной полости с последующим дренированием.

Согласно литературным данным и опыту работы в клинике успех в лечении данной тяжелой категории пациентов зависит не только от кратчайших сроков выполнения описанного комплекса диагностических и лечебных манипуляций

от момента госпитализации, но и от сроков поступления больных в стационар [1-5].

Выводы

1. Выполнение малоинвазивных эндохирургических вмешательств позволяет устранить этиопатогенетический фактор острого билиарного панкреатита, предупреждая выполнение травматичных открытых хирургических вмешательств, сопровождающихся высокой летальностью.
2. Лапароскопическое дренирование брюшной полости при наличии острого билиарного панкреатита, сопровождающегося скоплением жидкости значительно уменьшает тяжесть и длительность течения множественной органной недостаточности.
3. Назобилиарное дренирование в комплексе с лапароскопической холецистэктомией, санацией и дренированием брюшной полости элиминируют токсические продукты метаболизма, уменьшая риск развития таких системных осложнений как респираторный дистресс синдром, гепаторенальную-недостаточность и тромбгеморрагических осложнений.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении.

Полученные результаты показывают целесообразность продолжения исследований в этой области с использованием шкал SOFA, APACHE II и Marshall scoring system, позволяющих более точно оценить прогноз заболевания, тяжесть состояния и риск летальных исходов.

Литература

1. Криворучко И.А. Позволяет ли пересмотр классификации атланты (1992) изменять решения в отношении диагностической и лечебной тактики при остром панкреатите? / И.А. Криворучко, Н.В. Красносельский, А.В. Сивожелезов, С.Н. Тесленко // Український Журнал Хірургії. – 2011. – №2(11). – С.25-31.

2. Балныков С.И. Лечение больных некротическим панкреатитом / С.И. Балныков, Т.Ф. Петренко // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №3 – С.37-40.
3. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis (3rd revision) [Electronic resource]. – Mode of access: WWW.URL: [www.pancreasclub.com/resources/Atlanta Classification](http://www.pancreasclub.com/resources/Atlanta%20Classification). – Accessed: 1 April, 2009.
4. Petrov M.S. Classification of the Severity of Acute Pancreatitis: How Many Categories Make Sense / M.S. Petrov, J.A. Windsor // Am. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 105. – P. 74-76.
5. Horwood J. Prospective evaluation of a selective approach to cholangiography for suspected common bile duct stones / J. Horwood, F. Akbar, K. Davis, R. Morgan // Ann R. Coll. Surg. Engl. – 2010. – Vol. 92. – P. 206-210.